

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

THÈSE

N°

399

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Sverre LARSEN

Diplômé de l'Institut d'Hygiène

Diplômé de l'Institut Colonial de Paris

Né le 3 Août 1910, à HAMAR (Norvège)

**Les indications
de l'opération césarienne
lorsque l'enfant est mort**

Président : M. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Sverre LARSEN

Diplômé de l'Institut d'Hygiène

Diplômé de l'Institut Colonial de Paris

Né le 3 Août 1910, à HAMAR (Norvège)

Les indications
de l'opération césarienne
lorsque l'enfant est mort

Président : M. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1940

I. — Professeurs

Anatomie.	.....
Physiologie	.....
Physique médicale.	.....
Chimie médicale.	.....
Bactériologie.	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	.....
Pathologie et thérapeutique générales	.....
Pathologie médicale.	.....
Pathologie chirurgicale.	.....
Anatomie pathologique.	.....
Histologie.	.....
Pharmacologie et matière médicale.	.....
Thérapeutique.	.....
Hygiène et médecine préventive	.....
Médecine légale	.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....
Pathologie expérimentale et comparée.	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	.....
Clinique médicale.	.....
Hygiène et clinique de la première enfance.	.....
Clinique des maladies des enfants	.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....
Clinique des maladies du système nerveux	.....
Clinique des maladies infectieuses	.....
Clinique chirurgicale.	.....
Clinique ophtalmologique	.....
Clinique urologique.	.....
Clinique d'accouchements.	.....
Clinique gynécologique.	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique thérapeutique médicale	.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.	.....
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....
Clinique propédeutique.	.....
Clinique de la Tuberculose	.....
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....
Clinique cardiologie	.....
Clinique de neuro-chirurgie.	.....
Assistance médico-sociale.	.....

Professeurs sans chaire.

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LEVY-VALENSI.
 Henri BENARD
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.
 LEREBoulLE
 NOBECOURT.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LEVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...
 HAZARD.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
AMELINE	 Pathologie chirurgicale.	DEGREZ (H.)	 Physique.
BARIETY	 Pathologie médicale.	DESOILLE	 Médecine légale.
BERNARD EL.	 Pathologie médicale.	DIGONNET	 Obstétrique.
BESANÇON (J.)	 Hydrologie.	DOGNON	 Physique.
BONNET	 Bactériologie.	FEVRE	 Pathologie chirurgicale.
BOULANGER	 Chimie.	FUNK-	
BOULIN	 Pathologie médicale.	BRENTANO	 Pathologie chirurgicale.
BROUET	 Pathologie médicale.	GALLIARD	 Parasitologie.
BULLIARD	 Histologie.	GARCIN	 Pathologie médicale.
CACHERA	 Pathologie médicale.	Mlle GAUTHIER-	
CORDIER	 Anatomie.	VILLARS	 Anatomie pathologique.
COSTE	 Pathologie médicale.	GAYET	 Physiologie.
COUVELAIRE (R.)	 Urologie.	DE GENNES	 Pathologie médicale.
DELARUE	 Anatomie pathologique.	GIROUD	 Histologie.
DELAY	 Pathologie médicale.	HAGUENAU	 Pathologie médicale.

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LENEGRE Pathologie médicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.

MM.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique
 TURPIN Pathologie médicale
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

MM.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU
 IEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE
 BRULE
 CATHALA
 CHABROL
 CHEVALLIER
 DONZELOT
 DUVOIR
 GASTINEL
 HUGUENIN
 LAROCHE (G.)
 LIAN
 MOREAU
 PIEDELIEVRE
 SEZARY
 Clinique médicale.

MM.
 BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELIER
 DE GAUDART-
 D'ALLAINES. Clinique chirurgicale
 LEVEUF
 MOULONGUET
 MOURE
 QUEU
 ECALLE
 METZGER
 PORTES
 VIGNES
 Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552815_0032

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Conseiller Technique Sanitaire au Ministère de la Santé Publique
Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Notre profond respect.*

AU DOCTEUR MARC BRETON

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique Chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Seine-et-Oise

*En gage de toute la reconnaissance que
je lui dois pour l'enseignement chirurgi-
cal qu'il me prodigua avec indulgence et
bonté pendant mes deux années d'Inter-
nat.*

*Ma profonde gratitude et l'assurance de
mon respectueux attachement.*

A MONSIEUR JEAN LESCOFFIER

Docteur ès-lettres
Membre de l'Académie des Sciences d'Oslo
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de ma vive reconnais-
sance et de ma profonde sympathie.*

A MES MAÎTRES
DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE DE PARIS

A MES MAÎTRES
DE L'INSTITUT COLONIAL DE PARIS

A MES CAMARADES DE LA SALLE DE GARDE D'EAUBONNE

*En souvenir des relations cordiales que
nous avons eues pendant mon internat
1938-1939.*

INTRODUCTION

Nous avons appris dans les livres que l'opération césarienne a pour but essentiel de *sauver la vie de l'enfant*.

Lorsqu'é l'accouchement ne peut se faire, ou ne peut se faire assez rapidement par les voies naturelles, l'indication d'une césarienne se pose pour assurer la vie de l'enfant. Les premières césariennes semblent avoir jadis été pratiquées pour sauver un enfant encore vivant alors que la mère était déjà morte.

On trouve de longues discussions dans tous les traités classiques sur les indications de la césarienne : mais il est admis que la première condition essentielle autorisant à la réaliser est la survie de l'enfant.

Lorsque l'enfant est mort, il est classique de recommander d'intervenir par voie basse. Or, au cours de nos derniers mois d'internat nous avons vu plusieurs fois pratiquer des césariennes alors que l'enfant était manifestement mort.

Nous avons d'abord été quelque peu surpris, mais à la réflexion, nous avons reconnu qu'il existait en réalité des indications indiscutables à pratiquer des opérations césariennes après la mort de l'enfant.

CHAPITRE PREMIER

Nous allons tout d'abord relater brièvement quelques observations que nous avons recueillies, où la césarienne a été pratiquée après la mort de l'enfant (1).

Nous avons observé ces cas soit à la Maternité de l'Hôpital de Pontoise, dans le service du Docteur DEROME, soit à la Maternité de l'Hôpital d'Eaubonne, dans le service du Docteur LEPAGE.

OBSERVATION I.

Hôpital de Pontoise, 1^{er} janvier 1940, 1 heure du matin.

Mme K..., âgée de 45 ans.

La malade, qui est à sa sixième grossesse, présente depuis quelques jours des hémorragies. Elle est à terme, le travail commence le matin même, s'accompagnant d'une reprise des hémorragies.

La dilatation est environ à cinq francs, le doigt introduit dans le col conduit sur le *bord du placenta*.

Le poulx est très accéléré.

L'enfant est *mort*.

(1) On trouve dans ce chapitre et dans le chapitre V toutes les observations (statistiques intégrales) des césariennes pratiquées du 1^{er} janvier 1940 au 15 avril 1940 (soit à l'Hôpital de Pontoise, soit à l'Hôpital d'Eaubonne, soit à la Maison de Santé de Pontoise).

Opérateur : Docteur BRETON.

Aide : Docteur DEROME.

Il est pratiqué une césarienne *corporéale*.

Guérison.

OBSERVATION II.

Hôpital d'Eaubonne, 1^{er} janvier 1940, 5 heures du matin.

Mme P..., âgée de 27 ans.

Cette malade, secondipare, est vue à 5 heures du matin pour des hémorragies abondantes.

Le pouls est rapide, mais encore comptable.

Elle présente une dilatation de deux francs, le doigt rencontre les cotylédons d'un placenta *prævia central*.

L'enfant est *mort*.

Opérateur : Docteur BRETON.

Aide : Docteur MARION.

Il est pratiqué une césarienne *sous-péritonéale*.

On fait une dilatation manuelle du col par l'utérus.

Guérison.

OBSERVATION III.

Hôpital d'Eaubonne, 1^{er} mars 1940.

Mme P..., âgée de 38 ans.

On intervient chez cette malade, primipare, *albuminurique* hypertendue (22), pour un décollement prématuré du placenta normalement incéré.

L'utérus est complètement tétanisé, la rupture semble imminente.

Le col est fermé.

L'enfant est *mort*.

Opérateur : Docteur BRETON.

Aide : Docteur MARION.

La césarienne *corporéale* permet d'enlever en bloc l'œuf.

Il existe derrière le placenta un énorme caillot d'un volume de trois poings que l'on enlève avec l'œuf.

L'utérus est d'une part aminci, d'autre part il présente une vascularisation anormale et des noyaux fibromateux dont certains sur la ligne d'incision.

On termine par une hystérectomie selon la technique de Poro.

Les suites opératoires sont extrêmement simples. Un mois après l'intervention, le moignon cervical est éliminé et la paroi est complètement cicatrisée.

Guérison.

OBSERVATION IV.

Maison de Santé de Pontoise, 4 avril 1940.

Mme L..., âgée de 25 ans.

Il s'agit d'une primipare qui présente depuis la fin de sa grossesse une albuminurie importante.

Le matin même, en même temps qu'elle devenait complètement aveugle, la malade présente des douleurs abdominales violentes et quelques pertes de sang.

Elle est vue le soir dans un état extrêmement grave : grosse albuminurie, cécité, pâleur de cire, refroidissement des extrémités, pouls imperceptible.

Les pertes de sang présentées au cours de la journée paraissent avoir été modérées et ne suffisent pas à expliquer l'état présenté par la malade (état de choc plutôt qu'état hémorragique).

La poche des eaux est intacte.

Le col n'est pas dilaté.

L'enfant est *mort*.

Opérateur : Docteur BRETON.

Aide : Docteur VOISIN.

Césarienne *corporéale*, permettant d'intervenir très rapidement.

On pratique au doigt une dilatation du col permettant le passage du pouce.

Il existait une hémorragie rétro-placentaire (caillot du volume d'un poing).

L'état de la malade reste pendant les trois jours qui suivent l'intervention extrêmement grave : la vue revient petit à petit, l'albuminurie diminue, mais la malade reste glacée, et le pouls est à peine perceptible.

Des phénomènes pulmonaires apparaissent chez cette malade asthmatique ancienne et assombrissent encore la situation.

Actuellement, 15 avril, bien que la malade ne soit pas encore apyrétique, elle semble hors de danger.

OBSERVATION V.

Hôpital d'Eaubonne, 8 avril 1940.

Mme F..., âgée de 34 ans.

On intervient pour hémorragie rétro-placentaire, d'un placenta normalement incéré.

La poche des eaux est intacte, la dilatation est à deux francs.

La femme qui a beaucoup saigné est dans un très mauvais état avec un pouls à peine perceptible.

L'enfant est *mort*.

Opérateur Docteur BRETON.

Aide : Docteur MARION.

Il est pratiqué une césarienne *corporéale*.

Le fond utérin est à droite extrêmement aminci, bleu violacé et distendu par un épanchement sanguin, il est sur le point de se rompre.

On fait une dilatation du col.

On pense malgré l'amincissement de la paroi pouvoir garder l'utérus.

Guérison.

Nous voyons que ces différentes observations peuvent être classées en deux groupes :

I. — Césarienne pour placenta prævia (1, 2, 5) ;

II. — Césarienne pour décollement prématuré du placenta accompagné ou non d'un état éclamptique (3, 4).

CHAPITRE II

CÉSARIENNE POUR PLACENTA PRÆVIA

Nous ne nous attarderons pas sur les manœuvres qu'il est classique de pratiquer lorsqu'une malade à la fin de la grossesse, ou au début du travail, présente des hémorragies causées par l'insertion basse du placenta (rupture des membranes — abaissement d'un pied, etc.).

Le plus souvent, ces manœuvres sont désastreuses : l'enfant meurt dans plus de la moitié des cas, quant à la mortalité maternelle elle reste considérable.

Nous avons été personnellement témoin de plusieurs désastres survenus dans ces conditions.

Il semble actuellement admis que lorsque les hémorragies sont abondantes, lorsque le travail est à son début, lorsque le col est encore fermé ou très peu dilaté, lorsque le placenta est central ou marginal et lorsque l'enfant est encore vivant, la césarienne est l'opération de choix.

Le Docteur BRETON, de Pontoise, nous a parlé d'une césarienne pour placenta prævia qu'il avait faite en 1925, alors qu'il remplaçait comme interne le Docteur RAVINA, dans le service du Professeur LÉVY-SOLAL, à l'Hôpital Saint-Antoine.

Il s'agissait d'une femme qui venait de présenter une hémorragie extrêmement abondante, qui l'avait laissée exsangue et absolument sans pouls. Le col ne présentait qu'une dilatation d'un franc. L'enfant était vivant. Chez cette malade, une césarienne corporéale pratiquée d'extrême urgence amena la guérison dans des conditions fort simples. Cette césarienne pour placenta prævie était certainement une des premières césariennes de cet ordre pratiquée en France. Il n'y a que peu d'années que cette conduite est généralement adoptée, et certains accoucheurs y sont d'ailleurs encore hostiles.

Nous estimons que même après la mort de l'enfant, lorsque l'hémorragie est grave, lorsque le placenta est central ou marginal, lorsque le col est encore fermé ou peu dilaté, les manœuvres par voie basse — par leur *lenteur*, par leur *incertitude* — laissent la vie de la mère en grave danger pendant plusieurs heures ou pendant plusieurs jours.

Tous ceux qui ont assisté au drame que constituent souvent ces accouchements dans les placenta prævia avec hémorragies traités par les méthodes obstétricales, en gardent un souvenir angoissant : on rompt la poche des eaux : l'hémorragie s'arrête, mais reprend. On abaisse un pied — ou on place un ballon, l'hémorragie s'arrête parfois pendant quelques heures mais petit à petit la malade s'affaiblit, son pouls file et lorsque l'accouchement est enfin terminé on est auprès d'une mourante ou d'une morte.

Quand une hémorragie met une malade en danger

de mort, aurait-on l'idée dans tout autre cas, lorsque la source de l'hémorragie peut être aisément atteinte chirurgicalement, de s'attarder à des manœuvres incertaines ? Une grossesse extra-utérine rompue, aboutit parfois à la formation d'un hématocele. Celle-ci peut se résorber spontanément et lorsqu'elle évolue vers la suppuration, être vacuée par colpotomie. Il paraîtrait cependant insensé de renoncer à la laparotomie lorsque le diagnostic de rupture est posé sous le prétexte que la rupture n'est pas toujours mortelle.

C'est pourquoi nous estimons que, même quand l'enfant est mort, lorsqu'une femme présente un placenta prævia qui met sa vie en danger, il faut intervenir par voie haute et pratiquer une césarienne.

CHAPITRE III

CÉSARIENNE POUR DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA

Dans le décollement prématuré du placenta, lorsqu'on constate le durcissement de l'utérus, l'augmentation de volume de celui-ci, les douleurs subintractables, les hémorragies — en général l'enfant est mort. Souvent cette complication survient au début du travail alors que le col est encore fermé. En présence de la menace de rupture utérine qui complique parfois le décollement du placenta, il semble de règle d'intervenir.

Souvent ce décollement prématuré du placenta fait partie du tableau clinique des états éclamptiques. Dans les éclampsies graves, lorsque l'enfant est mort, le plus souvent ces phénomènes s'atténuent puis cessent.

Mais il n'est pas toujours ainsi. Dans des cas particulièrement aigus, lorsque le col est encore fermé, lorsqu'il faut prévoir encore un long délai pour que se produise l'accouchement d'une façon spontanée ou par des manœuvres obstétricales, il nous semble parfaitement indiqué d'aller au plus vite, et de sup-

primer rapidement l'intoxication par les albumines étrangères que représente l'enfant mort — en pratiquant l'extraction ultra-rapide de l'enfant qui ne peut être réalisée que par la césarienne. Notre quatrième observation est un magnifique exemple d'état éclamptique qui n'est pas amélioré par la mort de l'enfant. Nous rappelons qu'après la mort de l'enfant, cette malade qui avait peu saigné, était d'une pâleur de cire et que son pouls était imperceptible.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE

Dans tous ces cas le col était fermé ou à peine dilaté. S'il avait été largement dilaté, il est évident que l'accouchement aurait pu se terminer facilement et rapidement par les voies naturelles et qu'une césarienne n'aurait eu aucune indication.

D'autre part, le plus souvent la poche des eaux était intacte, l'infection n'était donc pas à redouter et il n'existait aucune raison spéciale de faire la césarienne sous-péritonéale.

La césarienne corporéale présentait dans ces cas d'indiscutables avantages, et c'est pourquoi elle a été pratiquée quatre fois sur cinq.

Ces avantages sont les suivants :

1. — Exécution plus facile et plus rapide chez des femmes où il est nécessaire d'aller extrêmement vite.
2. — L'extériorisation de l'utérus permet seule de se rendre compte des lésions de l'organe et de juger si l'hystérectomie est ou non nécessaire.
3. — Le placenta est parfois méconnaissable dans les décollements prématurés. L'incision corpo-

réale permet seule de s'assurer de visu qu'il ne reste pas un cotylédon adhérent à la surface d'insertion.

Que la césarienne soit corporéale ou sous-péritonéale, il est nécessaire de dilater l'orifice interne du col utérin pour permettre l'écoulement des lochies. Voici comment il nous paraît bon de le pratiquer. Le vagin ayant été soigneusement iodé avant l'intervention au cours de celle-ci lorsque le placenta a été extrait, lorsque l'on s'est assuré qu'il ne reste pas de membranes et plus particulièrement des membranes obstruant l'orifice du col, la main étant introduite dans l'utérus, un doigt puis deux, vont forcer progressivement l'orifice interne pour lui permettre d'admettre au moins le calibre du pouce. (Le drainage vaginal nous paraît inutile).

Lorsque l'état de l'utérus fait constater des lésions pariétales importantes (amincissement extrême de la paroi), ou craindre des hémorragies dans les suites opératoires, il peut être indiqué de terminer par une hystérectomie. Dans ces cas où il faut aller vite, il n'est pas question de pratiquer l'hystérectomie classique avec péritonisation du bassin (il faut se contenter de poser un Mikulicz après l'ablation de l'utérus) ou mieux encore utiliser la technique de Poro.

Cette technique peut sembler ancienne et rétrograde, mais il s'agit d'une excellente méthode qui donne toute sécurité et dont les suites opératoires sont en général fort simples.

Voici comment nous l'avons vu pratiquer :

L'utérus étant extériorisé, on embroche la région isthmique avec deux aiguilles à tricoter placées en croix et dont les extrémités sont protégées par des bouts de bouchon.

Au-dessous des broches est placée une simple sonde de Nélaton, maintenue par une pince de Kochère et formant garot. Pour plus de sécurité, avant de sectionner l'utérus, on pose au ras des broches une ligature sur le pédicule vasculaire. Nous avons vu pratiquer le même jour, le 1^{er} mars 1940 (observation 3, chapitre I; observation 5, chapitre V) deux césariennes pour placenta praevia. L'un par le procédé de Poro, l'autre par le procédé habituel suivi d'un Mikulicz. Un mois après la malade opérée par le procédé de Poro était complètement cicatrisée. La deuxième ne l'était qu'un mois et demi après. Le docteur BRETON, de Pontoise, nous dit pratiquer souvent dans sa clientèle ce procédé depuis de nombreuses années, avec d'excellents résultats.

CHAPITRE V

Nous avons vu pratiquer toutes ces césariennes du 1^{er} janvier 1940 au 15 avril 1940. Pendant cette même période nous avons également vu pratiquer quelques césariennes sur enfant vivant.

Voici les observations de ces dernières. Et pour que l'on puisse mieux juger des raisons qui ont pu conduire à certaines modalités techniques, nous rapporterons ces observations avec quelques détails bien qu'elles n'aient qu'un rapport indirect avec nos sujets.

OBSERVATION I.

Hôpital d'Eaubonne, 2 janvier 1940.

Mme D..., âgée de 39 ans.

Primipare ayant beaucoup saigné pendant la fin de sa grossesse.

Elle est au début du travail, la dilatation est de deux francs.

Les hémorragies se reproduisent abondantes.

L'enfant est vivant.

Opérateur : Docteur BRETON.

Aide : Docteur MARION.

Césarienne corporéale. Dilatation manuelle du col.
L'enfant pèse 3.700 grammes.
Guérison.

OBSERVATION II.

Maison de Santé de Pontoise. 1^{er} février 1940.

Mme S..., âgée de 27 ans.

Il s'agit d'une primipare examinée au milieu du mois de janvier. La tête non engagée roule au détroit supérieur et déborde le pubis. La malade est de petite taille, mais il n'existe aucun obstacle pelvien évident.

Il est décidé d'attendre l'épreuve du travail.

La malade est revue dans la nuit du 1^{er} février. Le travail a débuté il y a plusieurs heures.

Le col est dilaté à deux francs.

La poche des eaux paraît rompue, la tête n'est toujours ni engagée ni fixée. L'enfant est à terme vivant.

Opérateur : Docteur BRETON.

Aide : Docteur MARTIN.

Césarienne sous-péritonéale. Par manœuvres manuelles on complète la dilatation du col.

Guérison.

OBSERVATION III.

Hôpital de Pontoise, 4 février 1940.

Mme C..., âgée de 23 ans.

Grossesse à terme chez une primipare présentant un bassin généralement et fortement rétréci.

Présentation de siège.

Il existe un doute quant à l'intégrité de la poche des eaux.

Dilatation petite paume.

Enfant vivant.

Opérateurs : Docteur DEROME, Docteur BRETON.

Césarienne sous-péritonéale.

Guérison.

OBSERVATION IV.

Hôpital d'Eaubonne, 13 février 1940.

Mme B..., âgée de 35 ans.

Cette malade primipare de 35 ans, est en surveillance depuis un mois dans le service pour des hémorragies abondantes et répétées — vraisemblablement en rapport avec une insertion basse du placenta. On pouvait cependant atteindre le voisinage du terme.

De nouvelles hémorragies étant survenues dans la journée, on doit l'opérer le 13 février.

Pas de dilatation. L'enfant est vivant.

Opérateur : Docteur BRETON.

Aide : Docteur MARION.

Césarienne sous-péritonéale. Dilatation au doigt.

Il existe bien un placenta praevia.

L'enfant de sept mois et demi pèse 1.900 grammes.

Guérison.

OBSERVATION V.

Maison de Santé de Pontoise, 1^{er} mars 1940.

Mme V..., âgée de 38 ans.

Il s'agit d'une primipare examinée au milieu du mois de février.

Elle présente un très volumineux fibrome prævia de la grandeur d'une tête fœtale.

L'enfant est dans une position transversale.

La malade est revue dans la nuit du 1^{er} mars au début du travail.

Le col est dilaté à deux francs.

L'enfant est à terme et vivant.

Opérateur : Docteur BRETON.

Aide : Docteur VOISIN.

Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie terminée par un Mikulicz pelvien.

Guérison.

La cicatrisation est terminée six semaines après l'intervention.

OBSERVATION VI

Hôpital de Pontoise, 4 mars 1940.

Mme C..., 46 ans.

Il s'agit d'une grande multipare dont le travail a commencé 24 heures avant.

Le col n'est dilaté qu'à un franc.

La poche des eaux est rompue.

Perte de méconium.

Les bruits du cœur sont très altérés.

Enfant vivant.

Opérateurs : Docteur DEROME, Docteur BRETON.

Césarienne sous-péritonéale, enfant vivant.

Guérison.

Nous ferons seulement la remarque suivante :

5 césariennes ont été pratiquées alors que l'enfant
était vivant :

4 césariennes corporéales ;

1 césarienne sous-péritonéale.

6 césariennes ont été pratiquées alors que l'enfant
était vivant :

1 césarienne corporéale ;

4 césariennes sous-péritonéales ;

1 césarienne avec hystérectomie.

CHAPITRE VI

Nous pensons avoir démontré que si le plus souvent les indications de la césarienne sont ou doivent être posées lorsque l'enfant est encore vivant, parfois elles doivent être également posées d'une façon formelle lorsque l'enfant est mort.

Les cinq malades dont nous relatons les observations dans notre chapitre premier étaient toutes dans un état très grave et deux d'entre elles étaient mourantes. Or, nous n'avons eu à déplorer la perte d'aucune d'elles. Nous sommes convaincu qu'il n'en eût pas été de même si nous avions procédé de façon différente.

Certains accoucheurs penseront qu'il s'agit là d'opinion de chirurgien peu familier avec les finesses des interventions obstétricales par voie basse, c'est pourquoi nous tenons à rappeler que nous avons recueilli les observations de notre thèse dans le service du Docteur DEROME, accoucheur à l'Hôpital depuis 188... et dans le service du Docteur LEPAGE, actuellement aux Armées⁽¹⁾, accoucheur des Hôpitaux de Paris.

CONCLUSIONS

I. — Dans les cas où la vie de la mère est en péril — lorsque l'accouchement ne peut être rapidement et sans danger pratiqué par les voies naturelles — *même lorsque l'enfant est mort* l'indication de la césarienne abdominale peut et doit être légitimement posée.

II. — C'est surtout dans les hémorragies du placenta prævia et dans les états éclamptiques que l'on peut être amené à pratiquer la césarienne alors que l'enfant est déjà mort.

III. — C'est la césarienne corporéale, césarienne haute, qui est le plus souvent indiquée.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
TANON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER	13
CHAPITRE II. — Césarienne pour placenta prævia	19
CHAPITRE III. — Césarienne pour décollement pré- maturé du placenta	23
CHAPITRE IV. — Technique	25
CHAPITRE V.	29
CHAPITRE VI	35
CONCLUSIONS	37

Imprimerie de la Librairie

E. LE FRANÇOIS

PARIS

